

地域包括ケアシステムの推進 ～赤穂市民病院における“つなぐ”看護への取り組み～

赤穂市民病院 地域医療室副室長
認定看護管理者 井上 祐子

当院では、平成 16 年に退院調整委員会（医師、看護師長、MSW、理学療法士で構成）が設置され、院内の退院調整に関する方向性や指針が検討されていたが、介護職との連携は病棟単位で独自の方法で行っていた。そのため、「退院調整に関するルールが周知徹底しない」「責任の所在が不明確」「多職種の力の統合ができない」などの問題を抱え、地域のケアマネジャーとの連携が不十分な状態が長く続いていた。地域包括ケアシステム構築に向け、平成 26 年に地域医療室に退院調整看護師長が配置され、その年に地域医療支援病院に指定された。そして、院内の退院調整への支援を行うことを目的に、退院調整看護師 1 人と MSW3 人という構成で、地域医療室内に「退院支援チーム」を発足した。退院調整についての問題は多く存在しており、看護管理者の視点から、まず「退院支援及び療養支援の体制づくり(窓口の統一)」「退院支援・退院調整マニュアルの作成と周知」

「退院支援看護師の育成」の 3 点について取り組んだ。特に、退院支援についての看護師の教育は急務と考え、平成 27 年に看護部長の支援を得て「退院支援リーダー会」を設置し、各部署の業務担当主任看護師が任命された。各部署の主任に退院調整の知識・技術、実践などを支援しながら病棟での退院支援に取り組んできた。その結果、各部署での地域包括ケアへの取り組みが促進し、患者を生活者として見ることができるようになった。

また、診療報酬の退院支援関連の加算を活用し、病院全体で地域のケアマネジャー、訪問看護師、地域の病院とも連携をとりながら、会議の開催や実践での連携を進めたことにより、退院支援への取り組みは定着し、平成 28 年度には退院調整加算 1 を取得する体制ができた。

しかし、外来での入院支援や療養支援が不十分であることから、今年度は外来部門に、入院支援、退院支援、通院中の療養支援を行うこと目的とした「患者支援センター」を設立した。テーマを「つなぐ」とし、住み慣れた地域で、疾患や障害を抱えながらも、その人らしい生活を支えるために、通院・入院・退院・通院の一体的な切れ目のない支援を行っていくために、院内・院外の専門多職種・多領域の人と力をつないでいきたいと考えている。

現在、院内にも多くの部署や専門チームがあり、それぞれが患者支援に取り組んでいるが、全ての力が一体化して連携することが困難である。当院で取り組める方法を模索し、継続した視点でそれぞれの力をつなぐ事ができれば、今後の課題である『セルフマネジメント支援』に対し、病院だけでなく、地域で取り組むことができると考えている。今後も、看護と介護と地域をつなぐ取り組みを進めていきたい。